

## سیرنگومای خطی یکطرفه: معرفی یک بیمار

دکتر مریم اخیانی<sup>۱</sup>، دکتر امیر هوشنگ احسانی<sup>۲</sup>، دکتر بهروز باریک بین<sup>۲</sup>

۱- استادیار، ۲- دستیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چپ قفسه سینه با توزیع در امتداد خطوط بلاشکو، بدون هیچگونه سوزش و یا خارش در سال ۱۳۸۰ به درمانگاه پوست بیمارستان رازی مراجعه نمود. در بررسی بافت‌شناسی ضایعه، جزایر و رشته‌های اپی تلیومی با تمایز به سمت مجاری غدد اکرین و ساختارهایی شبیه به مجراکه برخی نمای Tad-pole داشته و Comma-shaped بودند در داخل درم دیده شد که با سیرنگوما مطابقت داشت.

**واژه‌های کلیدی:** سیرنگوما، سیرنگومای خطی یکطرفه، غدد اکرین

سیرنگوما تومور خوش خیم مجاری داخل اپیدرمی غدد عرق اکرین است که به صورت پاپول‌های شفاف کوچک غالباً روی پلک‌ها و قسمت فوقانی گونه دیده می‌شود. موردی که در این گزارش معرفی می‌شود یک فرم نادر سیرنگوماست که ضایعات بطور خطی روی تنه ایجاد شده است. بهتر است متخصصین پوست با این فرم سیرنگوما هم‌آشنایی داشته باشند تا بتوانند آنرا از سایر ضایعات مشابه افتراق بدهند.

بیمار مرد ۲۳ ساله‌ای است که با سابقه یک ساله پاپول‌های به رنگ پوست متمایل به قرمز در طرف

### معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۳ ساله‌ای اهل و ساکن تهران بوده که به علت ظاهر شدن تعدادی پاپول‌های مسطح ۲-۳ میلیمتری به صورت خطی، هم‌رنگ پوست یا مختصر متمایل به قرمز در محل طرف چپ قفسه سینه و با انتشار به طرف بالای شکم و زیر بغل همان سمت، به درمانگاه پوست بیمارستان رازی مراجعه نمود. ضایعات بیمار از یک سال قبل از ناحیه زیر بغل شروع شده و در مسیر خطوط بلاشکو بطرف تنه، شکم و پشت پیشرفت نموده بودند (تصویر شماره ۱). این ضایعات با خارش، سوزش و درد همراه نبودند. بیمار سابقه هیچگونه بیماری پوستی را در گذشته ذکر نمی‌کرد. معاینه عمومی بیمار طبیعی بوده و سابقه خانوادگی ضایعات مشابه

را نمی‌داد. در بررسی آسیب‌شناسی، اپیدرم طبیعی بوده و در قسمت درم، در یک استرومای فیبروزه تعداد زیادی مجاری غدد اکرین دیده می‌شد. دیوارهای این مجاری از دو لایه سلول اپیتلیال پوشیده شده و برخی از این مجاری دنباله اپیتلیالی به شکل Tad-pole داشتند. به علاوه رشته‌هایی از سلول‌های اپیتلیالی بازوفیلی غیروابسته به مجاری هم دیده می‌شد که این یافته از نظر آسیب‌شناسی با سیرنگوما مطابقت دارد (تصویر شماره ۲).

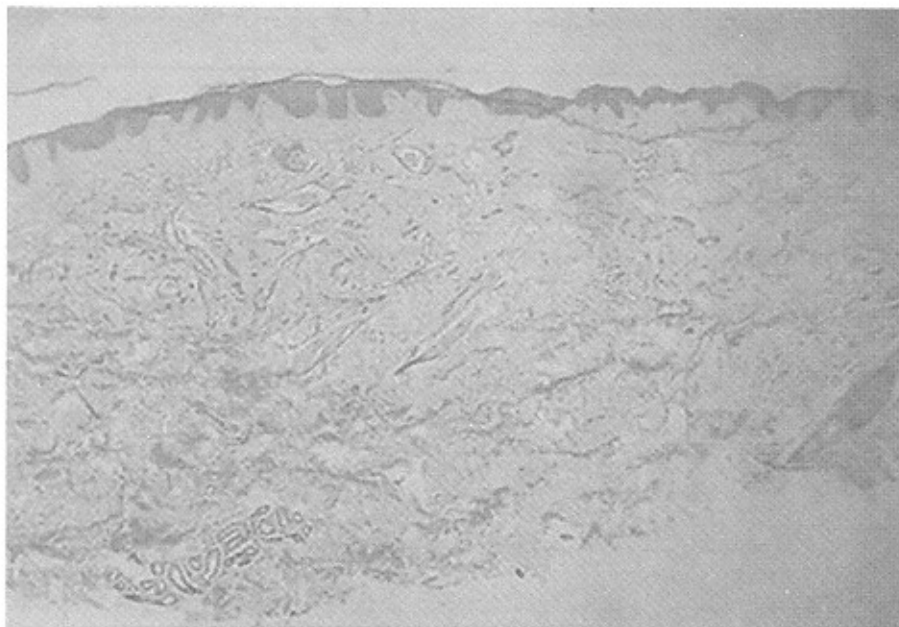
### بحث

سیرنگوما تومور خوش خیم ضمامم پوست می‌باشد که از مجاری غدد عرق اکرین منشأ گرفته (۱) و به صورت پاپول‌های شفاف کوچک به رنگ زرد، قهوه‌ای و یا صورتی و به ابعاد یک تا سه میلیمتر غالباً روی پلک‌ها و

مؤلف مسئول: دکتر مریم اخیانی- تهران، بیمارستان رازی، بخش پوست



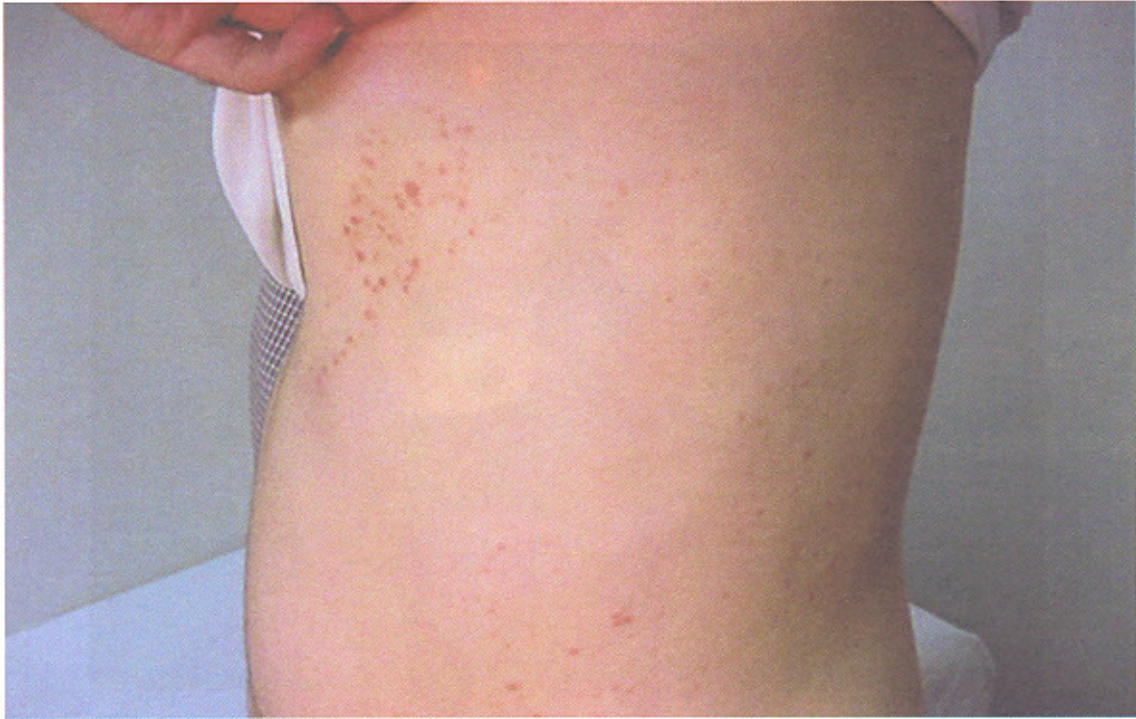
تصویر شماره ۱ - پاپول‌های کوچک به رنگ پوست یا مختصری قرمز در مسیر خطوط Blaschko در سمت چپ تنه بیمار



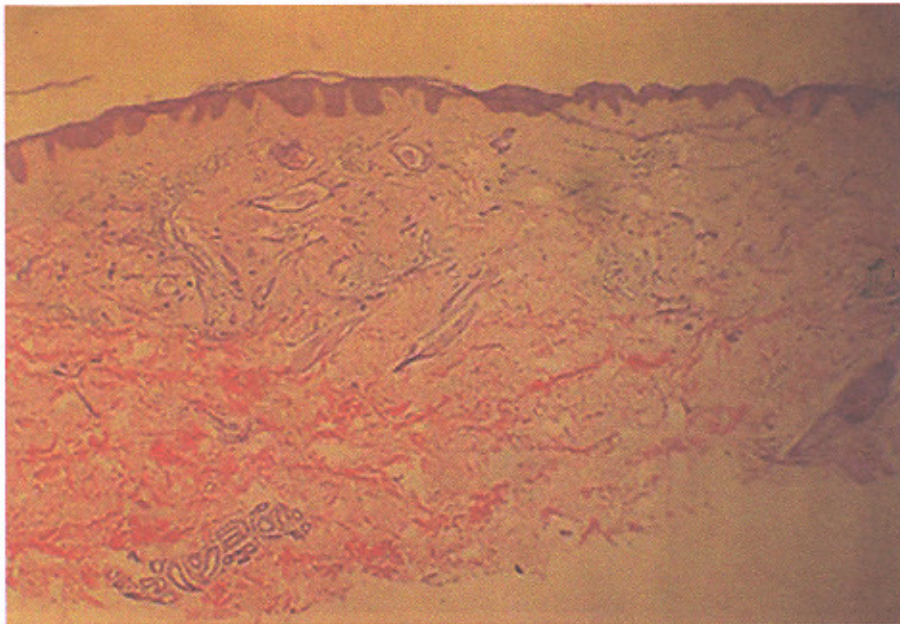
تصویر شماره ۲- افزایش مجاری غدد عرق اکرین، برخی با نمای Tad pole، در درم (رنگ آمیزی H&F، بزرگنمایی ۴۰ برابر)

استرومای فیروزه مجاری کوچکی دیده می‌شود که دیواره آنها از دو لایه سلول اپیتلیال تشکیل شده است. در اکثر موارد این سلول‌ها صاف هستند ولی گاهی سلول‌های

قسمت فوقانی گونه‌ها ظاهر می‌شود (۲).  
سیرنگوما یک آدنومای مجاری داخل اپیدرمی غدد اکرین است. از نظر آسیب‌شناسی در درون درم در یک



تصویر شماره ۱ - پاپول‌های کوچک به رنگ پوست یا مختصری قرمز در مسیر خطوط Blaschko در سمت چپ تنه بیمار  
(رجوع شود به صفحه ۴۴)



تصویر شماره ۲ - افزایش مجاری غدد عرق اکرین، برخی با نمای Tad pole، در درم  
(رنگ آمیزی H&F، بزرگنمایی ۴۰ برابر)  
(رجوع شود به صفحه ۴۴)

قسمت داخلی واکوئوله شده و در داخل مجاری مواد بی‌شکلی دیده می‌شوند. برخی از این مجاری دنباله اپیتلیالی کوچکی دارند که نمائی مثل Tad-poles (بچه قورباغه) ایجاد می‌کنند. به علاوه رشته‌هایی از سلول‌های اپیتلیالی بازوفیلیک غیروابسته به مجاری هم دیده می‌شوند (۳). در برخی موارد مجاری کیستیکی نزدیک به اپی‌درم وجود دارند که پر از ماده کراتین بوده و به وسیله سلول‌هایی که حاوی گرانول‌های کراتو هیالینی می‌باشند دربر گرفته شده‌اند. این فضاها کیستیکی که شیشه میلیا می‌باشند گاهی پاره شده و واکنش جسم خارجی ایجاد می‌نمایند (۳). به ندرت بعضی از سلول‌های تومورال شیه سلول‌های روشن هستند که این امر ناشی از تجمع گلیکوژن می‌باشد (۳).

سیرنگوما یک تومور خوش‌خیم پوستی است که بصورت پاپول‌های منفرد درمی به رنگ پوست یا ته رنگ زرد مایل به قهوه‌ای و یا صورتی شفاف و کیستیکی ظاهر می‌شود. ضایعات معمولاً بصورت گرد با سطحی صاف و یا زاویه‌دار هستند، اندازه آنها بین ۵-۱ میلی‌متر اغلب زیر ۳ میلی‌متر می‌باشد، در اکثر موارد متعددند و انتشار آنها بصورت قرینه می‌باشد (۱).

ضایعات در اکثر موارد روی پلک فوقانی و تحتانی و گونه‌ها ظاهر شده ولی در قسمت گردن و جلوی سینه هم به فراوانی دیده می‌شوند. سیرنگوما معمولاً از زمان بلوغ به بعد به طور ناگهانی شروع می‌شود و در خانمها به نسبت آقایان شایعتر می‌باشد (۱).

اشکال بالینی مختلفی از سیرنگوما شرح داده شده است که شامل فرم‌های منفرد، پلاکی و eruptive می‌باشد. در فرم eruptive معمولاً تعداد زیادی از ضایعات بطور متوالی در قسمت جلوی تنه در افراد جوان ظاهر می‌شود (۵ و ۴).

موارد نادری از سیرنگوما بصورت خطی گزارش شده است که اکثراً در قسمت فوقانی قفسه سینه ظاهر شده

بودند (۷ و ۶). سیرنگوما به طور غیر معمول ممکن است در ناحیه آلت تناسلی آقایان و یا در ناحیه وولو در خانمها ظاهر شود (۸). در موارد نادری سیرنگوماهای مخفی در پوست سر هم گزارش شده که باعث نازک شدن موها و یا آلوپسی سیکاتریسل شده است (۹). سیرنگوما ممکن است نسبت به استروژن حساس باشد و در طول دوران بارداری و یا قبل از قاعدگی و یا با مصرف قرص‌های ضد حاملگی اندازه آن بزرگتر شود (۱۰). ممکن است سیرنگوما در برخی مواقع خانوادگی باشد. تاکنون همراهی سیرنگوما با برخی سندرم‌ها مانند سندرم داون، مارفان و اهلرز دانلوس گزارش شده است (۱۰).

در مواردی ممکن است تشخیص سیرنگوما با ضایعاتی مثل زگیل‌های مسطح، خال اپیدرمال و nevoid basal cell epithelioma اشتباه گردد که در اینگونه موارد بررسی آسیب‌شناسی کمک‌کننده است (۱۱). برخلاف nevoid basal cell epithelioma و خال اپیدرمال، درگیری استخوانی و سیستم اعصاب مرکزی در اینگونه بیماران وجود ندارد.

بطور کلی ضایعات خطی ممکن است معلول علل داخلی یا خارجی باشند (۱۲). در مورد علل داخلی در تشکیل ضایعاتی که در امتداد خطوط بلاشکو می‌باشند، تنوری mosaicism مطرح می‌شود. بر اساس این تنوری اینها جمعیتی از سلول‌های منحصر به فرد می‌باشند که توسط جهش ژنی بعد از مرحله زیگوت ایجاد گشته‌اند (۱۲). پاتورن سیرنگوما مشخص نمی‌باشد و لیکن همراهی آن با سندرم‌های داون، فرم‌نژادی و نیز شکل فامیلی آن احتمال دخالت عوامل ارثی را مطرح می‌نماید (۱۲).

بیماری که شرح آن داده شد یک فرم خطی از سیرنگوما در ناحیه تنه می‌باشد که در امتداد خطوط بلاشکو ظاهر شده بود. اگر چه در مورد این بیمار مسئله ارثی هم مطرح می‌شود ولی بیمار ما سابقه خانوادگی ضایعات مشابه

متخصص پوست باید با این فرم ضایعات آشنایی کامل داشته باشد.

را ذکر نمی‌کرد. بطور کلی گزارشات کمی از اینگونه سیرنگومای خطی در دسترس است. به هر حال یک

## منابع

- 1-Mackie RM. Tumors of the skin appendages. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, et al(eds). Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publicaiton 1998: 1712-13.
- 2-Epidermal nevi, neoplasms and cysts. In: Odom RB, James WD, Gerger TG (eds). Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: Saunders, 2000: 847-48.
- 3-Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, et al (eds). Lever's histopathology of the skin. Philadelphia: Lippincott - Raven, 1997: 778-79.
- 4-Hashimoto K, Di Bella RJ, Borsuk BM, et al. Eruptive hidradenoma and syringoma. Arch Dermatol 1967; 96: 500-19.
- 5-Rongioletti F, Semino MT, Rebora A. Unilateral multiple plaquelike syringoma. Br J Dermatol 1996; 135: 623-25.
- 6-Yung CW, Soltani K, Bernstein JE, et al. Unilateral linear nevoidal syringoma. J Am Acad Dermatol 1981; 4: 412-16.
- 7-Sala GP, Marinaro P, Rossi E, et al. Einseitige nevoide syringome. Hautarzt 1990; 41: 272-73.
- 8-Lo JS, Dijkstra JW, Bergfeld WF. Syringoma of the penis. Int J Dermatol 1990; 29: 309-10.
- 9-Shelley WB, Wood MG. Occult syringomas of scalp associated with progressive hair loss. Arch Dermatol 1980; 116: 843-44.
- 10-Walter HC, Burgdor F. Syringoma. In: Demis DJ (ed). Clinical dermatology. New York: Lippincott Raven, 1999: Vol 22, 1-5.
- 11-Hashimoto K, Lever WF. Tumors of skin appendages. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1999: 891-92.
- 12-Creamer D, Macdonald AR, Griffiths WAD. Unilateral linear syringomata: A case report. Clin Exp Dermatol 1999; 24: 428-30.